

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

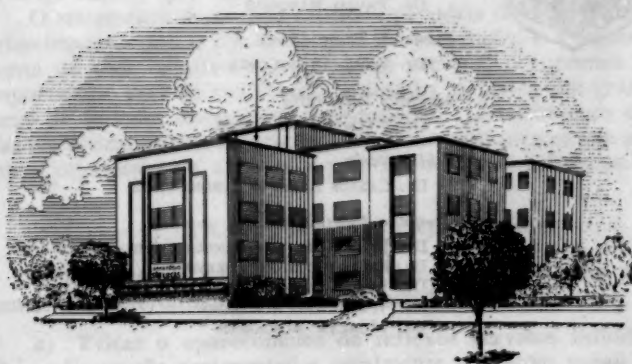
VOL. XVIII

NOVEMBRO DE 1956

N.º 5

Sumário:

	Pág.
<i>Tratamento da parada cárdio-respiratória na sala cirúrgica</i> — Dr. JOHN BENJAMIN KOLB	67
<i>Delinqüência infantil</i> — Prof. FLAMÍNIO FÁVERO	73
<i>Literatura Médica</i> — Livros recebidos.....	79



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1956/1957

Presidente

DR. JACYR QUADROS

Vice-Presidente

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. PAULO REBOCHO

Primeiro Tesoureiro

DR. FERDINANDO COSTA

Segundo Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILLE

Bibliotecario

DR. CARLOS ALBERTO JURGIELEWIEZ

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN



BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVIII

NOVEMBRO DE 1956

N.º 5

Tratamento da parada cárdio-respiratória na sala cirúrgica (*)

Dr. JOHN BENJAMIN KOLB

(Médico do Sanatório São Lucas)

A parada cardio-respiratória é uma eventualidade bastante rara no decurso de uma anestesia, porém ultimamente sua incidência têm aumentado progressivamente, havendo autores como Becker que citam um caso de parada cardio-respiratória para cada 1.000 anestésias.

Devido aos progressos da cirurgia e da anestesiologia nêstes últimos anos, inúmeros pacientes, quer idosos, quer apresentando um estado geral bastante precário são submetidos à intervenções cirúrgicas bastante delicadas. Com isto explicamos satisfatoriamente o aumento do número de parada cardio-respiratórias nas estatísticas dos diversos autores que tratam do assunto.

O tratamento da parada cardio-respiratória deve ser considerado primeiramente sob o ponto de vista da prevenção, e a seguir, sob o ponto de vista curativo. O tratamento preventivo apresenta grande importância, pois da sua correta aplicação, depende um grande número de sucessos operatórios e anestésicos. O tratamento curativo visa em última análise recuperar os batimentos cardíacos sem permitir que o organismo sofra as consequências desastrosas da anoxia.

A) TRATAMENTO PREVENTIVO

Nêle buscamos fazer a profilaxia das principais causas predisponentes ou determinantes da parada cardio-respiratória.

a) Evitar o aparecimento de reflexos nervosos inibidores. — Tais reflexos são representados geralmente por ações vagais ou por

(*) Relatório apresentado à Sessão ordinária da Sociedade Médica São Lucas no dia 14 de março de 1955.

outros estímulos de menor importância. Para isto, devemos ministrar aos pacientes uma pré-medicação anestésica adequada não só sob o ponto de vista medicamentoso como também psíquico. Além disto devemos fazer o bloqueio dos reflexos nervosos observando então os seguintes detalhes:

Atentar bem para a profundidade da anestesia antes de iniciar qualquer manobra de intubação; fazer quando possível a anestesia tópica do oro-faringe; não utilizar nunca manobras intempestivas e rápidas; utilizar sempre o material mais adequado para cada caso (laringoscópios, sondas, canula, etc.); utilizar a solução de Novocaina a 1% ministrada por via endovenosa gota a gota; não permitir nenhuma manobra sobre o paciente antes dêste estar em um plano anestésico ótimo.

b) Prevenir uma deficiência de oxigenação. — Para isto é necessário um exame clínico rigoroso do paciente, principalmente no que se refere às funções circulatórias e respiratória. Durante a anestesia tem importância o controle da taxa de oxigênio ministrada nas diversas combinações de gases, o controle da permeabilidade das vias aéreas superiores, o controle da posição do paciente evitando assim atitudes que dificultem a livre aspiração do oxigênio, o controle constante sobre a absorção do CO_2 quando do uso de filtros com cal sodada e por fim o controle do paciente no sentido de captar os chamados "sinais de alarme" da síncope cárdio-respiratória a saber: bradicardia, pulso fino, anoxia, cianose, midriase, etc.

Com os cuidados acima referidos estaremos fazendo uma profilaxia segura e orientada da parada cardio-respiratória.

B) TRATAMENTO CURATIVO

Para maior compreensão do assunto, dividiremos êste capítulo em três itens os quais no entanto não são isolados, mas devem ser considerados como um todo visando a mais rápida recuperação do doente.

a) Cuidados gerais. — Devemos observar certas normas de conduta que visam uma maior coordenação e entrosamento da equipe cirúrgica. O anestesta é o responsável direto pela instituição da terapêutica e deve controlar toda a equipe. Além disto, uma vez constatada a parada devem ser tomadas duas medidas iniciais: o aviso ao cirurgião e a marcação exata da hora da parada e do tempo decorrente até o início da terapêutica. No caso de um serviço bem montado, deve ser escalada uma auxiliar apenas para cronometrar todas as manobras terapêuticas executadas.

b) Restauração imediata do Oxigênio aos tecidos. — Vários métodos são empregados para êste fim. Os principais são:

1.º) **Respiração artificial.** — Deve ser instituída o mais rapidamente possível. As vias aéreas são desobstruídas por aspiração frequentes e caso o paciente não esteja intubado, tal manobra deve ser efetuada. Se não for conseguida a entubação, usamos uma cânula orofaringeana e uma máscara bem ajustada à face do paciente. Administramos então oxigênio a 100% evitando no entanto uma superpressão que agiria lacerando diversas paredes alveolares. Não havendo aparelho de anestesia, podemos usar métodos manuais como os processos de Silvester, Shafer, boca a boca e muitos outros, além de métodos mecânicos como o pulmômetro, pulmão de aço, etc. Geralmente na sala cirúrgica os mais usados são o próprio aparelho de anestesia e o pulmômetro.

Trabalhos de Thompson em 1946, utilizando Sódio radiativo vieram demonstrar que uma saturação de oxigênio nos alvéolos é capaz de condicionar uma ligeira circulação sanguínea pulmonar. Vários autores no entanto ou contestam tal experimentação, ou acham insignificante sob o ponto de vista prático tal movimentação sanguínea.

A respiração automática teria um inconveniente qual seja o de provocar uma expiração anti-fisiológica pelo fato de ser altiva. porém Becker verificou que tal fato viria estimular mais o reflexo respiratório. Além do mais, com tal processo é conseguida com mais facilidade uma saturação de oxigênio no ar alveolar.

2.º) **Massagem Cardíaca.** — Foi primeiramente utilizada por Shiff em 1874 que a administrou em cães. Coube a Inglebrud em 1901 a primazia da sua utilização no homem. A massagem cardíaca deve ser instituída o mais rapidamente possível, pois sabemos que o sistema nervoso é muito sensível ao déficit de oxigênio. Se houver uma supressão de oxigênio para o cérebro, teremos após dez segundos um estado de inconsciência, após trinta segundos desaparecerão as ondas do eletro-encefalograma, após três a quatro minutos teremos lesões nos neurônios cerebrais e após sete minutos teremos lesões de elementos da cortex e necrobiose dos elementos do sistema piramidal.

Segundo Binet, as lesões se agravam durante a anestesia, pois os tecidos apresentam uma resistência diminuída à anoxemia, pela ação dos anestésicos.

Para atingirmos o coração várias vias de acesso são utilizadas a saber:

Via transperitonal sub-diafragmática. — Por esta via a mão do cirurgião comprime o coração pela sua face posterior, de encontro à parede anterior do tórax. Em certos casos de cirurgia infantil, tal método produz bons resultados. Nos adultos esta via é aconselhada durante operações sobre o abdômen superior, enquanto está sendo preparada outra via. Este tipo de massagem deve ser usado apenas durante um prazo de tempo bastante curto, pois o rendimento cardíaco nêstes casos é muito baixo.

Via transperitoneal transdiafragmática. — Também utilizada quando durante operações abdominais e neste caso o cirurgião pode fazer apenas um pequeno orifício no diafragma por onde passa o polegar, ou então uma incisão maior no sentido ântero-posterior e pela qual é introduzida toda a mão na cavidade torácica.

Via Transtorácica. — Usada nas intervenções não abdominais ou enquanto não foi iniciada a intervenção. Também pode ser utilizada como complemento às manobras anteriores. A incisão é feita no 4.º espaço intercostal esquerdo do rebordo do externo até a linha axilar média.

Qualquer que seja a via utilizada, o coração deve ser seguro com a mão em pinça mantendo o ápice sobre a palma da mão, o polegar sobre a face anterior e os outros quatro dedos sobre a face posterior do músculo cardíaco. Quando houverem dúvidas sobre a existência ou não de uma fibrilação ventricular, é providenciada com urgência a abertura do pericárdio para a verificação in loco do músculo cardíaco.

Logo que o coração é atingido, é providenciada uma solução salina morna que é então derramada sobre o mesmo com a finalidade de evitar uma desidratação rápida, e mesmo de dar um aumento da condutividade da fibra cardíaca.

Cordelli usou um método para induzir batimentos cardíacos pelo qual aplicava fortes pancadas manuais sobre o precórdio. Com isto refere alguns casos de sucesso.

A resposta cardíaca pode variar desde alguns segundos até vários minutos. Assim é que Adams e Hard descrevem uma parada na qual se fez massagem cardíaca durante vinte minutos e Mc Queen descreve um caso com massagem durante setenta e cinco minutos com volta integral dos batimentos.

3.º) *Transfusão de Sangue.* — Alguns autores como Dale preconizam a transfusão intra-cardíaca, porém esta só deve ser feita enquanto não são iniciadas as manobras para a massagem cardíaca. As vias utilizadas são arterial e venosa sendo a última usada quando já percebemos uma pressão arterial razoável consequente à massagem cardíaca. As transfusões devem ser muito bem controladas para evitarmos a sobrecarga de um miocárdio anoxico.

4.º) *Posição do paciente.* — Usamos a posição de Trendelenburg com uma inclinação de 10 a 20º, e que nos dá as seguintes vantagens: Facilita a circulação cerebral, facilita a aspiração de secreções e dá um aumento da ventilação pulmonar.

5.º) *Pinçamento da aorta.* — Usamos tal técnica com a finalidade de aumentar a circulação coronariana e cerebral. Devemos ter cuidado no entanto para não provocarmos lesões renais e supra-renais. Não devemos manter o pinçamento por mais de dez minutos seguidos.

c) Restauração dos movimentos cardíacos:

1.º) *Massagem cardíaca.* — Já a estudamos no item anterior e portanto não vemos necessidade de novas considerações. Apenas queremos salientar que a massagem cardíaca além de promover a condução sanguínea é um dos melhores processos para a restauração dos batimentos cardíacos.

2.º) *Uso de drogas.* — Várias drogas tem sido usadas com a finalidade de induzir os batimentos cardíacos. As principais são:

ADRENALINA — Tem sua grande indicação na parada cardíaca. Podemos a utilizar mesmo antes do início das massagens cardíacas, por meio de uma injeção intracardíaca. Alarcon recomenda a injeção intraventricular por punção no quarto espaço intercostal esquerdo próximo do externo, em uma direção medial, posterior e inferior. Beck também é partidário desta via. Alguns autores acham que apenas a excitação da agulha sobre o miocárdio é suficiente para estimular o início de batimentos cardíacos. Thompson, Ribeiro e Gerbode recomendam a injeção intra auricular com a introdução de uma agulha longa pelo segundo espaço intercostal direito e numa direção medial, inferior e posterior. Acham estes autores que a injeção intraventricular aumenta a irritabilidade da fibra cardíaca, podendo levar o coração a uma fibrilação ventricular. Gerbode acha que tal fato ocorre mais em corações sensibilizados pelo ciclopropano.

O número de injeções é variável achando Beck que o uso muito frequente leva o coração a um estado refratário. Ribeiro aconselha injeções interveladas de cinco minutos num total de quatro a cinco.

Devemos sempre usar 0,5, miligrama de solução milesimal de adrenalina aquosa para cada injeção. Tal quantidade pode ser dissolvida 4,5 centímetros cúbicos de soro fisiológico para facilitar uma maior dispersão da solução. Alguns autores associam 0,5 miligrama de adrenalina à 9,5 centímetros cúbicos de Novocaina a 1%.

NOVOCAINA — É usada para o tratamento da fibrilação ventricular. Após a confirmação do diagnóstico de fibrilação, injetamos 10 centímetros cúbicos no espaço pericárdico. A massagem cardíaca é sempre associada. Quando percebemos uma boa circulação sanguínea consequente às massagens, ou quando o coração inicia seus batimentos próprios, podemos passar a utilizar a novocaina por via endovenosa, usando então de preferência a veia ante cubital.

A novocaina levanta o limiar cardíaco para qualquer estímulo nervoso, eliminando assim pequenos estímulos que provocam a fibrilação.

CLORETO DE CÁLCIO — Foi utilizado por vários autores na assitolia e após a desfibrilação. A concentração usada variou de 1% segundo Beck, até 10% segundo Blalock e Alarcon.

CLORETO DE POTÁSSIO — Utilizado por Hoocher como desfibrilador em solução a 1%.

CLORETO DE BARIO — Tem apenas aplicação experimental.

3.º) **Eletro-choque.** — E' em última análise a desfibrilação elétrica do coração. Foi primeiramente utilizada por Batelli que agia sobre corações de cães.

Um dos grandes estudiosos desta matéria é sem dúvida Wiggers, que analisou as bases fisiológicas da ressuscitação cardíaca pelo uso da corrente elétrica. Chama êste autor a atenção para alguns pontos de importância tais como: a importância da oxigenação coronária na recuperação, pois, uma anoxia de dois minutos da fibra cardíaca, faz com que o coração manifeste contrações fracas e insuficientes, apesar de reagir bem ao estímulo elétrico; as correntes muito fracas podem ser insuficientes para desfibrilar todo o coto interventricular, sendo que êste fato prejudica a recuperação cardíaca; o uso da desfibrilação em série com choques breves de 1 ampère por 1 segundo, com intervalos de 1 a 2 segundos, na quantidade de 6 ou 7, geralmente resolve uma fibrilação, pois assim são atingidas as camadas mais profundas do miocárdio e o septo. Com isto, as áreas de fibrilação vão se confluindo até dar origem à um estado convulsivo, que se resolve então por um choque derradeiro.

Clinicamente, usamos o desfibrilador elétrico dotado de registros reguladores para o tempo, amperagem, número de choques, etc. Na falta de um desfibrilador, podemos usar um fio ligado à corrente de 110 volts. O inconveniente desta prática reside na dificuldade de um controle exato, e na inexistência de eletrodos apropriados.

Os eletrodos são colocados sobre os ventrículos, e devem ser envoltos em gaze embebida em solução salina.

Beck e Rand criaram um desfibrilador cujos eletrodos funcionam como verdadeiros aparelhos massagadores. Com isto associaram em um só aparelho, um desfibrilador e um massagador mecânicos.

O eletro-choque é feito diretamente sobre o coração. Wiggers estudou a possibilidade do choque ser feito através da parede torácica, e verificou que para isto ser possível deveria haver uma corrente de 2 000 a 3 000 volts e com intensidade de 25 a 30 ampères. Seria uma corrente perigosa não só para o paciente como também para o experimentador.

Êstes são em resumo os métodos utilizados, sendo que cada autor com sua experiência preconiza uma associação e uma utilização simultânea de diversos procesos para a obtenção de um resultado satisfatório. Tais métodos associados são utilizados mais para a terapêutica da fibrilação ventricular, ficando a parede cardio-respiratória mais restrita ao uso da adrenalina e da massagem cardíaca.

Finalizando, queremos dizer com o uso dos métodos acima descritos, a média de recuperação de pacientes portadores de parada cardio-respiratória é de 30 a 35%, variando estas cifras ligeiramente nas mãos dos diversos autores que estudam êste assunto.

Delinquência infantil (*)

PROF. FLAMÍNIO FÁVERO

O tema sobre o qual devo falar-vos neste agradável ensejo que me concedeis — Delinquência Infantil — é vasto e de inconfundível relevância. Se eu vos assegurasse constituir-se ele no maior problema dos tempos modernos, sobretudo em nossa Pátria, não seria arroubo de linguagem nem arrancada sensacionalista. É a verdade. Dolorosa e trágica verdade.

No enunciado do tema, antes de entrar em sua explanação, quero explicar-vos o sentido em que uso as palavras que o integram: *delinquência-infantil*. *Delinquência* ou criminalidade é como sinônimo de infração apenas. Oposição à lei penal. Sua quebra. Por certo, ninguém desconhece que os menores de 18 anos, penalmente irresponsáveis, no preceito do Código, não são criminosos ou delinquentes. A expressão, todavia, é correntia, embora contenha desde logo um paradoxo ou contra-senso. *Infantil* é o período não só da infância propriamente dita, primeira, até os 7 anos e segunda, até os 14 anos, mas todo o que vai até os 18 anos exatamente, fazendo-se o qualificativo sinônimo de juventude ou menoridade. É, então, dos infratores menores de 18 anos, penalmente irresponsáveis, pois, que tratarei.



A legislação penal que rege essa forma de delinquência é diferente e especial. Por que? Porque é diferente do adulto o menor, criatura ainda em formação, física, mental e socialmente falando.

Vincado por essa triplíce inferioridade ou deficiência, está fartamente claro o motivo das fáceis possibilidades de ser o menor conduzido e instalado no terreno do vício e do mal, crescendo para o desajustamento duradouro, talvez definitivo, e armado cavaleiro do crime. As estatísticas, que falam por si, mostram que 40% da criminalidade dos adultos se iniciou e tomou forma pela da infância.

(*) Palestra apresentada no Rotary Club do Recife em 26-7-56.

Assim tendes, nessas três características dos menores, medrando exuberantemente e produzindo frutos, as causas da delinquência infantil.

Entretanto, como a tenra planta encontra na estaca o arrimo para sustê-la, há uma estaca que se constitui em poderoso esteio para levar o menor por diversos rumos daqueles que seus impulsos e o meio lhe propiciam: é a proteção do amor, sentimento de que tem sede e fome.

Dai-lhe a água e o pão do afeto, às vezes no imponderável de uma simples vitamina que o mais completa, e ele não persistirá no erro; terá até atrativos suficientes para fugir de suas garras tentaculares e, fugindo, curar-se das tendências às infrações e, também, preservar-se de quedas num anseio de vida diversa.

1.º) CAUSAS DA DELINQUÊNCIA INFANTIL

Quais são as principais causas do aparecimento da delinquência infantil na comunidade? Inúmeras e tôdas de ordem pessoal e social. Como na criminalidade de adultos. Como em todos os atos humanos. São êsses dois fatores etiopatogênicos que levam o homem para o mal, desde o berço do mundo. Assim, não se furta o menor a essa dupla influência. Ao contrário, fraco como é, sem energia própria, destituído de experiência da vida, é facilmente arrastado no torvelinho do perigo.

A) Estudemos primeiro os *fatores pessoais*.

- a) Um dêles, que logo ocorre, é a herança do mal. Aliás, o pecado original estigmatizou indelêvelmente os descendentes de Adão. "Filho de peixe sabe nadar..." "Tal pai tal filho..." "O que é de raça corre caça..." São ditos populares que logo surgem à idéia ao estudarmos o problema e considerando famílias em que a incidência do crime é alarmante. Dirá isto, porém, que é sempre a herança que pesa, por si só, e que filhos de criminosos, por essa fatalidade genética, devem ser criminosos, ou muitas vezes são as influências deletérias do exemplo paterno ou materno a trabalharem na apoucada resistência dêles? É claro que, frequentemente, pode ser assim.

Como quer que seja, a herança é nociva, não só pelas taras criminosas, mas por outras que propiciam o crime, quando o meio dá as mãos ao fator pessoal, encorajando-o.

Vêde as influências do alcoolismo e dos distúrbios mentais nas quatro modalidades que ocorrem (psicose, oligofrenias, psicopatias e neurose) já não falando em outras possivelmente transmissíveis

por herança ou, ao menos, em sua tendência ou potencialidade, desde que hoje se reluta em admitir a transmissão direta desses males, de pais a filhos.

- b) Registrarei, a seguir, como fatores pessoais, os transtornos endócrinos. A ciência moderna se impressiona muito, hoje, com as endocrinopatias, condicionando a conduta do indivíduo na sociedade. Quantos desajustamentos, quantas infrações, quantos males da patologia, social máxime no terreno da sexualidade, se explicam por distúrbios glandulares, indicando êxito auspicioso na terapêutica. As investigações de Pende, Vidoni, Carrara, Di Tullio e tantos outros, no estrangeiro, e também entre nós, puseram em realce a magnitude do problema. Vejam-se, por exemplo, as influências das glândulas genitais, nos crimes ligados ao sexo; das tireóides nos delitos emocionais, da impulsividade e, até, em certas infrações contra a propriedade; da hipófise no aparecimento de personalidades perversas, etc.

B) Os fatores mesológicos são marcantes.

- a) Citarei, de início, a família. Cabe à família, sem contestação, o papel decisivo e inigualável na formação da personalidade. É claro, daí, que, faltando ela ou deixando de oferecer à criança, ao adolescente, ao menor os recursos de seu amparo e de sua modelagem estrutural, as consequências serão prontas. Seria equiparável à falta de alicerce para o edifício. Poderá este ser construído mas em precárias condições e não se manterá. Ruirá fatalmente. E quantos homens, verdadeiros edifícios sociais, caem, pela conduta nociva, porque não tiveram o apóio em que deveriam sustentar seu crescimento adequado.

As influências más da família de duas ordens: negativas e positivas. As negativas, oriundas da desintegração do lar e da ausência deste, sobretudo do elemento materno que mais fortemente assegura sua estabilidade, é imperativo que alarma na determinação da delinquência dos menores. Por que? Exatamente pelo abandono em que ficam, física, moral, socialmente, surgindo, assim as oportunidades para elementos deletérios tomarem esse nobre lugar, realizando de seu jeito a obra educativa.

E as influências positivas são talvez mais trágicas ainda, quando o próprio lar, pelos seus integrantes, se encarregam, pelo exemplo, de imprimir sentido errado à conduta dos menores. Citem-se: a legitimidade de sua constituição; o divórcio; o desquite; a prostituição; o incesto que a promiscuidade a miséria e a falta de instrução e educação ensejam; a mentira; o embuste; o jogo; o alcoolismo; o furto; a mendicância e outros malefícios em si graves, gravíssimos se apresentam como usinas de lições para quem está pronto e ávido por aprender. Que força tem a sugestão, a imitação, o contágio mental,

para as crianças e os adolescentes, sempre prontos a procurar e aceitar guias e mestres, cujos ensinamentos teóricos e práticos os atraíam e empolgavam.

- b) Depois da família, a escola. Está a criança sob sua ação educativa, na instrução primária, até 11 anos, tempo suficiente para que bons e maus companheiros atuem com intensidade.
- c) Não continuando seus estudos, e não podendo ainda trabalhar, pois a lei o permite apenas aos 14 anos, fica a criança ao abandono e na ociosidade, nesse período exatamente da crise puberal, quando todas as energias começam a tumultuar em sua personalidade em formação. Que pode ser o plantio nesse terreno? Vós o direis.
- d) Na vida de trabalho que se possibilita na adolescência, aos 14 anos, fora do lar e da escola, as sugestões do meio que os novos companheiros sabem fornecer obtêm grande repercussão. Com os amigos, nem sempre idôneos, vêm as novas diversões, como jogo em abundância, mais do que trigo. Já está o cinema, o esporte, o bar... e longa seria a enumeração das agências educativas do adolescente, em que há sempre oportunidade para a atração dos abismos, mais e mais fundos e vorazes. Bem dizia o autor do inspirado salmo 42: "Um abismo chama outro abismo". A primeira infração se segue em outras. E o caráter se estrutura para o mal e para o crime, sob as influências do meio adverso que a personalidade sintonzada para ele absorve sôfregamente.

2.º) PREVENÇÃO E TERAPÊUTICA DA DELINQUÊNCIA JUVENIL

Depois do estudo da ação das várias causas que determinam a delinquência infantil e dos adolescentes e entretêm a persistência dela se não forem removidas, vejamos agora a profilaxia dessa delinquência e os meios de recuperação dos menores transviados.

Eu creio firmemente que fórmula indicada para resolver o crucial problema é a que vai buscar os ingredientes necessários para manipulá-la na bondade, preconizada por Cristo, em sua infinita sabedoria. Deu ênfase a isso, ao escrever sobre "O drama da criança brasileira", o Desembargador do Distrito Federal, Dr. Sabóia Lima, em belo trabalho que li nos "Arquivos do Departamento Federal de Segurança Pública".

Tratando da criminalidade infantil, observa o eminente Desemb. que, em regra, há uma visão acanhada do fenômeno, classificando os estudiosos do assunto os menores sem família em dois grupos: dos abandonados e dos delinquentes. E, daí, dois remédios logo ocorrem para a necessária proteção: asilos e reformatórios.

Mas, serão remédios ou formas de punição? E excessivas pela rigidez demasiada com que atuam. E sem maior proveito, podemos dizer todos nós que acompanhamos o destino de muitos desses infelizes submetidos a essa medicação: o povoamento dos presídios para onde vão mais tarde como mestres hábeis na prática da delinquência. Os que sabem valer apenas desse jeito a essas pobres criaturas são como os discípulos de Jesus a repelirem quem precisa do calor da solidariedade compreensiva que o sentimento cristão faculta. A eles disse o Divino Mestre, "Deixai os meninos, e não embarceis que venham a mim; porque destes é o reino dos céus". A terapêutica de repulsão drástica não está certa. É injusta, desumana e inoperante. As veredas que assim são obrigados a seguir os menores não os afastam do mal, antes os embrenham mais nas suas tramas desoladoras. O castigo, a punição, a truculência não adiantam. Revoltam. Insensibilizam. Sufocam as energias úteis que poderiam dar tanto de si quando cuidadas com acerto.

Faltou a esses deserdados o lar, destruído pela morte, pela miséria ou pela deserção de seus responsáveis? Dê-se-lhes um outro aos que mais necessitam dele, mas que não seja um asilo frio ou um reformatório hostil, que deforma, que humilha, que é escola de vícios. E o amparo sentimental há de atrair e manter no âmbito do melhor aproveitamento os abandonados, prevenindo-os contra quedas maiores e definitivas.

É claro que nem sempre a delinquência dos menores encontra a sua gênese numa falha de ordem social que o cuidado da família podia ter evitado. Esse é um elemento que pesa muito, às vezes, por si só, explica os mais graves desajustamentos. Disse já, casualidade, que ao lado desse pode concorrer o fator pessoal propriamente dito, que na vida do lar não removeria. É como em toda a ação anti-social do adulto. Mas, ainda assim, não podemos excluir a importância notória do fator mesológico, que o ambiente familiar atenua, com possível reflexo contensor no de ordem pessoal. É Nério Rojas quem insiste nisso, ao estudar múltiplos aspectos da delinquência dos menores. E para reforçar suas conclusões, chama a atenção para o fato de que provém das classes pobres a imensa maioria dos menores delinquentes. E como se não bastasse, registra o mesmo autor argentino que menores com e sem transtornos psíquicos cometem crimes por influências do meio.

Disto tudo se deduz que sempre, para a boa adequação do menor a ser amparado num lar substituto, é imprescindível prévio exame somatopsíquico, de seleção e orientação educacional, visando à diagnose de possíveis transtornos de mente. A respeito, é valiosa a classificação de Collin, modificada pelo próprio Nério Rojas. Entre os menores delinquentes, há um tipo social e um patológico. No primeiro, preponderam as causas ambientes: a família, a escola, o abandono moral, o trabalho inadequado, a pobreza, as más companhias, etc., já o salientei. O outro se divide em falso anormal psíquico e anormal psíquico verdadeiro; abrangendo o falso, o retardamento

pedagógico, a debilidade, a afecção sensorial, as vegetações adenóides, etc., e, o verdadeiro a alienação e as várias formas de semi-alienação.

Ora atue o lar substituto apenas, ou êle de concôrto com o método médico-psicológico, não só em relação aos abandonados, mas, ainda, aos delinquentes êsses elementos de reeducação e reabilitação social devem agir sempre à sombra da bondade paternal ou maternal compreensiva, que aconselha e exorta mais do que censura e punição.

D^a. Maria Tereza Guilherme, dedicada assistente social de menores, em trabalho incluído nos "Anais das Semanas de Estudos do Problema de Menores", em São Paulo, relatando sua experiência na ação emocional do tratamento dos menores, registrou que "a afeição é o elo mais forte que une pais e filhos; na família vemos um centro o coração da mãe palpar carinhos. No asilo, a criança sente que precisa de alguém, só para ela". Notai o segredo... E a seguir registra a mesma autora: É comovida que já tenho ouvido êste pedido: quer ser minha mãe?"

Conta-se que, de uma feita, conversavam Madame Campan e Napoleão. Em certa altura, observou êste que os antigos sistemas de educação de nada mais valiam. E rematou com a seguinte pergunta, — Que falta para que o povo seja educado convenientemente? E a resposta de Mme. Campan, que seria atual, inclusive para a solução do problema dos menores, foi uma palavra apenas: Mães.

O tratamento dos menores transviados se faz pelos lares. E, nestes, devem ser o centro da terapêutica curativa e da força contensiva para evitar novas quedas, exatamente as mães.

Crêde. O problema dos menores desajustados e delinquentes é trágico. Nós não queremos ou não podemos compreender a verdade. Não queremos ver as suas causas nem seus remédios. Tudo de ordem moral, como de ordem moral é o problema do País e do mundo.

Mas, não tenhamos dúvida. Se não queremos encarar e resolver os problemas dos menores desajustados e delinquentes, oferecendo-lhes o ensino e o exemplo bom de que carecem e o aconchego quente de corações amigos, êles nos julgarão amanhã e nos condenarão e executarão suas sentenças contra nós.

Cairão conosco, mas serão os braços da vingança merecida.

Um dilúvio não bastará mais para afogar o mal que estamos plantando. Esperemos, daí o fogo dos céus nessa energia tremenda cujos grilhões os homens conseguiram partir, para sua glória, para seu desespero, para seu extermínio.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

"Enxerto arterial. — Contribuição para o estudo experimental e clínico do enxerto arterial homólogo da aorta abdominal. — Prof. Manoel Cláudio Motta Maia. — Trabalho de real valor e grande interesse atual, a tese apresentada pelo Autor deveria ser congnamente apreciada e comentada por colega especializado e à altura de fazer tal apreciação, ao que, gentilmente se prontificou, atendendo à nossa solicitação, o Dr. Ruy Margutti, incontestavelmente autoridade destacada no seio da classe médica paulista. Aqui vai transcrita a sua apreciação.

"A tese do Prof. Manoel Cláudio Motta Maia, "Enxerto Arterial". Contribuição para o estudo experimental e clínico do enxerto arterial homólogo da aorta abdominal", que lhe valeu, juntamente com outras provas, a cátedra de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, constitui um verdadeiro tratado, sobre o assunto, que certamente será de leitura obrigatória a todos os cirurgiões que se dedicam aos problemas da cirurgia cardiovascular.

No 1.º capítulo, o Prof. Motta Maia analisou o conceito de enxertia homóloga e transplantação, e logo a seguir, analisa o histórico dos acontecimentos que permitiram o uso atual e frequente dos enxertos vasculares.

Inicia apresentando os fatos cronológicos da evolução da sutura arterial e das anastomoses vasculares, dando ênfase justa aos trabalhos fundamentais de Carrel; analisa a questão dos autos transplantes venosos e dos enxertos arteriais. Sobre estes, cita os trabalhos sobre enxertos desvitalizados, viáveis e finalmente dos enxertos homólogos. Analisa também, aqui, as diferentes técnicas de conservação e nutrição dos enxertos.

O A. no 2.º capítulo, estuda a anastomia e fisiologia da aorta abdominal,

entrando em detalhes da vascularização e enervação da parede arterial bem como da presença de enzimas e substâncias hipertensoras.

No 3.º capítulo, que reputa os de fundamental importância para o nosso meio, onde precárias ainda são as condições para se obter enxerto, o Prof. Motta Maia analisa cuidadosamente como se faz a seleção e a preparação dos enxertos arteriais, como se conserva e se avalia e principalmente como se organiza e funciona um Banco de Artérias, assunto de relevante importância e, como muito bem resalta o Prof. M. Maia, que está a exigir providências mais concretas dos nossos médicos e associações médicas.

Entra a seguir, no 4.º capítulo — a parte experimental — que constitui sua brilhante contribuição pessoal ao assunto. O material está baseado em 107 casos de enxerto aórticos homólogos, implantados em aorta abdominal de cães, abaixo das artérias mesentérica inferior e renal. Essas experiências foram classificadas em 3 séries: enxertos viáveis, enxertos não viáveis e enxertos desvitalizados. Entre os enxertos viáveis, usou vários meios nutritivos: Solução de Hanks e Gross, e outras soluções a base de soro homólogo e antibióticos e o próprio sangue. Entre os enxertos não viáveis, estudou os enxertos conservados por congelação e entre os enxertos desvitalizados, usou como meio de conservação o formol a 4% neutralizado pelo carbonato de cálcio. Analisou os resultados obtidos nestas experiências, em função da área de secção transversa, exterior, idade, método de conservação, período de oclusão aórtica, e medicação ante-coagulante e resistência parietal dos enxertos às tensões gazosas. E' de se ressaltar a originalidade da primeira e última questão, não ainda referida na literatura. Na avaliação dos resultados obtidos, levou em consideração o exame clínico e funcional dos cães,

anátomo-patologia das peças enxertadas, a determinação da resistência parietal e em muitos casos a aortografia.

No 5.º capítulo estuda o A. as aplicações clínicas, fornecendo as indicações nos ferimentos arteriais, nas cardiopatias congênicas e adquiridas, na obstrução arterial, nos aneurismas, na hipertensão porta, na cirurgia do câncer e nos schunts arteriais. Apresentou aqui um caso clínico de obstrução crônica da bifurcação da aorta em que fez a ressecção do segmento

trombosado seguido do enxerto em "Y", com sucesso. Este é o primeiro caso desta afecção, assim tratado, no nosso meio.

Apresenta finalmente, as considerações finais e uma extensa e completa bibliografia sobre o assunto (442 referências).

Certamente para todos os cirurgiões gerais será de grande valia o trabalho do Prof. Motta Maia e para os cirurgiões cardio-vasculares especializados, sem dúvida constituirá um livro de cabeceira".